

# アドバイス・レポート

平成26年2月7日

## ※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年11月4日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（イトウ診療所）様につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

### 記

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由<br/>(※)</p> | <p><b>1) 理念の周知と実践</b><br/>院長は管理者として職員約70名に対して事業理念を浸透させるため、直接現場に常駐し各種会議に出席して職員と直接的に意見を交える機会を持たれていました。また管理者が直接発信する内部新聞や、職員の直接意見を出せる意見箱を設置し評価するなど、様々な形でリーダーシップを発揮し、職員からの信頼を得られていると感じました。特に毎月発行し現在100号を超えている「ナイスデイ通信」は利用者の生活史や時代背景が良くわかるように見直されていました。編集を通じて利用者・家族との交流も回り個人情報も考慮して配布先を限定して配布するなど利用者家族への発信にも努力されていました。</p> <p><b>2) 医療・介護両面でのサポート</b><br/>副院長は右京医師会の理事や認知症サポート医として活動し、地域医療・地域福祉の推進に取り組まれています。<br/>事業所は開設以来、基本的に利用の希望がある方は断らない姿勢を貫いておられ、定員を増やし、医療処置の必要な方や認知症の方など重度の利用者の受け入れを積極的に行われていました。管理者が医師であり診療所がある為医師が常駐されることで、利用者家族からも安心感が高いと思われます。<br/>特に医療と変わらないリハビリテーションをめざし、広いリハビリ室を確保し常勤の理学療法士を2名以上配置されていました。介護では音楽療法や多彩なレクリエーションを展開し、疾患で障害を持たれた方にも在宅で継続的にリハビリの機会を提供し、心豊かに自立した生活を実現する為に積極的にサポートされておられました。</p> <p><b>3) ケアの質の向上</b><br/>職員休憩室に職員用の意見箱を設置し職員間の他者評価を積極的に奨励されていました。他職員の良い所や見倣いたい行動を記入して意見箱に投票すると双方にポイントが付くポイント制にする事で、評価する側・される側のモチベーションの向上につながり、ケアの質の向上を図られていました。<br/>また、職員の意見により浴室内のポイント・エアコンを導入して職員の夏場の入浴介助の負担軽減に取り組まれました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>  | <p><b>1) 事業所関係者以外の外部委員の設置</b><br/>事業所関係者以外の、利用者が相談しやすい外部委員の設置が望まれます。</p> <p><b>2) 危機管理について</b><br/>事業所は3階建ての建物になっており、火災・自然災害時の2次災害予防の為、地域と連携したマニュアル作成と訓練の実施が望まれます。</p> <p><b>3) 各職種別の会議と年間計画の実施や見直し</b><br/>職種別の職員が参加した会議、年間計画の実施や見直しが望まれます。</p>  |

具体的なアドバイス

**1) 事業所関係者以外の外部委員の設置**

事業者と離れた関係の外部的立場で直接利用者・家族の声を聞き取る役割の委員の設置が望まれます。地域の関係機関や住民代表・利用者代表等の協力を仰がれるのはいかがでしょうか。地域に身近な相談窓口を置かれることで利用する側の安心につながります。定期的に意見交換をする懇談会を開催し利用者満足度調査や事故・苦情対応についても報告・相談する機会を持つことで、利用する側に立った目線でのアドバイス等を事業所に頂ければ、事業所の質の向上につながるものと思われま

**2) 危機管理について**

毎年2回、消防署立ち合いの下、火災消防訓練を行っておられることは大変評価されます。しかし3階建ての建物であり定員が60名の大規模利用になっていることを考えれば、火災・自然災害時の2次災害までも想定し地域・関係機関等との防災協定等の締結を検討されてはいかがでしょうか。地域と連携をした防災マニュアルの作成・訓練等実施する事で被害の縮小と地域全体の防災等の意識の向上、協力体制強化につながるものと思われま

**3) 各職種別の会議と年間計画の実施や見直し**

事業所全体のサービス向上を目指して管理者指導の下、職員全員が創意工夫して利用者の為に取り組まれている事は大変評価されます。今後更なる工夫として、各職種別の会議（看護師・ケアワーカー・理学療法士等）を開催し、各職種の年間目標を掲げ各職員が進むべき方向性を統一されるよう取り組まれてはいかがでしょうか。各職員の主体的な専門性向上への取り組みとチームとしての実力向上にもつながり、また将来的には運営組織体制の育成強化につながるものと思われま

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 事業所番号                    | 2610704252         |
| 事業所名                     | イトウ診療所             |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所リハビリテーション        |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) |                    |
| 訪問調査実施日                  | 2013年11月19日        |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会 |

| 大項目                        | 中項目               | 小項目 | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|----------------------------|-------------------|-----|----|---|------|-------|
|                            |                   |     |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |     |    |   |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |    |   |      |       |
|                            | 理念の周知と実践          | 1   |    | 組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所のスタッフ全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。  | A    | A     |
|                            | 組織体制              | 2   |    | 経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。  | A    | A     |
|                            | (評価機関コメント)        |     |    | 理念・方針は明文化され事業内に掲示されています。職員への周知はパート職員も含め年2回の全体会議で伝達研修をされており、「ナイスデイ通信」という機関誌で利用者・家族へも発信されています。組織図も明文化され、管理者と各部署の責任者による定例会議（組織の意思決定機関）が毎月実施され会議内容を各部署で報告されています。職員に対する意見箱を設置して現場職員の意見を吸い上げる仕組みを作られています。 |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |     |    |   |      |       |
|                            | 事業計画等の策定          | 3   |    | 組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。   | A    | A     |
|                            | 業務レベルにおける課題の設定    | 4   |    | 各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。  | A    | A     |
|                            | (評価機関コメント)        |     |    | 組織全体の方針・計画を策定し、全体会議で周知されています。各部署の課題については毎月連絡会議で検討し、達成状況を年1回見直しをして全体会議で報告されています。各部署ごとの計画書は確認できませんでしたが、職員のヒアリング等で事業所の方針に沿った取り組みは確認できましたので、今後は専門職として部署ごとに計画を策定し、チームで取り組むことでさらに意識や質の向上に繋がる事を期待いたします。    |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |    |   |      |       |
|                            | 法令遵守の取り組み         | 5   |    | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組みを行っている。   | A    | A     |
|                            | 管理者等によるリーダーシップの発揮 | 6   |    | 経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。  | B    | B     |
|                            | 管理者等による状況把握       | 7   |    | 経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。   | A    | A     |
|                            | (評価機関コメント)        |     |    | 管理者は毎月定例会議や年2回の全体会議に出席し、直接職員と意見交換を行い、直接発信する内部新聞や、職員個々から意見を収集するための意見箱の設置やポイント制などアイデア・工夫を様々な形で取り上げリーダーシップを発揮して職員より信頼を得られています。今後、責任分掌・権限移譲等を文章化してシステム化される事を期待いたします。                                    |      |       |

| 大項目                 | 中項目 | 小項目           | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|---------------------|-----|---------------|----|---|------|-------|
|                     |     |               |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 質の高い人材の確保     | 8  | 質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。   | A    | A     |
|                     |     | 継続的な研修・OJTの実施 | 9  | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。   | A    | A     |
|                     |     | 実習生の受け入れ      | 10 | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。  | C    | C     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 採用に関して現場主体に必要なスタッフを選考されています。職員の希望に合わせ資格取得のための情報提供、研修等を個別に行われています。事業所全体の研修計画を実施する機会を定期的に持ち、外部研修の伝達研修が行われています。今後、職員の経験・専門性に合わせた研修を計画実施することで自主的な専門性の向上につながることを期待されます。過去にチャレンジ体験の受け入れ実績があり、今後の取り組みに期待いたします。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 労働環境への配慮      | 11 | 質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。   | A    | A     |
|                     |     | ストレス管理        | 12 | 職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。   | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | タイムカードを導入し毎月社会保険労務士の指導を事務長が受けておられます。有給消化率は0~91%とばらつきがありますが職員ヒアリングでは有給休暇は取りやすいと評価されていました。職員の休憩室は別の場所でくつろげる空間があり、職員対象の意見箱が設置され直接管理者に声が届く工夫がされていました。今後、ストレス管理について外部の産業医等職員が相談しやすいシステムを設置される事を期待いたします。      |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 地域への情報公開      | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。  | B    | B     |
|                     |     | 地域への貢献        | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。  | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 「ナイスデイ通信」という機関誌を定期的に作成し、利用者・家族に配布して情報提供されています。今後更に広くホームページ等の広報手段等を整備されることを期待いたします。管理者は右京医師会においてサポート医を務め介護保険や地域包括支援センターの運営等に積極的に活動されています。平成26年には認知症市民講座への協力を予定されています。                                    |      |       |

| 大項目                     | 中項目 | 小項目         | 通番 | 評価項目   | 評価結果 |       |
|-------------------------|-----|-------------|----|--|------|-------|
|                         |     |             |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 事業所情報等の提供   | 15 | 利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。                                       | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | パンフレット等で必要な情報を提供されています。今後ホームページ等で広く事業所の情報提供を行うことで利用者の選択の機会が増える事を期待いたします。 |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 内容・料金の明示と説明 | 16 | 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。                        | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | 重要事項説明書に費用負担が明記され、契約時に説明の上同意の署名捺印を得られています。利用者見学や体験など積極的に受け入れをされています。     |      |       |

| (3) 個別状況に応じた計画策定  |    |  |   |   |
|-------------------|----|--|---|---|
| アセスメントの実施         | 17 | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。   | A | A |
| 利用者・家族の希望尊重       | 18 | 個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。  | A | A |
| 専門家等に対する意見照会      | 19 | 個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。   | A | A |
| 個別援助計画等の見直し       | 20 | 定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。   | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 介護支援専門員の作成したプランを基にサービス担当会議に参加して当日のうちに口頭で報告し、後に文章で周知されています。アセスメントは理学療法士、医師等の意見を確認して行われています。月末を評価日と決めて計画の見直しが行われています。  |   |   |
| (4) 関係者との連携       |    |  |   |   |
| 多職種協働             | 21 | 利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 利用者ごとに関係機関の連絡先を作成し、主治医とも連絡票や電話・面談等で連携を図られています。入退院時にもカンファレンスに参加して情報収集し、積極的にサマリーを活用されています。毎月のモニタリングは各職種が連携して様々な視点から作成するように工夫して各事業所へ送付されています。   |   |   |
| (5) サービスの提供       |    |  |   |   |
| 業務マニュアルの作成        | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。   | A | A |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 23 | 利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。   | A | B |
| 職員間の情報共有          | 24 | 利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。   | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換     | 25 | 事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 知り得た情報が途切れることなく各職員が連絡帳等で情報を共有し、毎日の会議で口頭で申し送りされています。記録に関しては本人のケースへの転記が多くなっていました。記録方法の簡略化等の工夫が必要と思われます。記録の管理方法、持ち出し等のマニュアル作成も今後期待いたします。  |   |   |
| (6) 衛生管理          |    |  |   |   |
| 感染症の対策及び予防        | 26 | 感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。  | A | A |
| 事業所内の衛生管理等        | 27 | 施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 感染症の対策及び予防に関するマニュアルが整備されています。医師が常駐し診療をされていますので年2回感染症に関する指導・研修が実施されています。洗面所の箇所が少なく、利用者様からも希望もあり、増設も検討されてはいかがでしょうか。物品の整理も再検討を期待いたします。  |   |   |
| (7) 危機管理          |    |  |   |   |
| 事故・緊急時の対応         | 28 | 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。   | A | A |
| 事故の再発防止等          | 29 | 発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。   | A | A |
| 災害発生時の対応          | 30 | 災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。  | A | B |
| (評価機関コメント)        |    | 緊急時・事故対応、災害発生時、予防マニュアルは整備され、年2回昼間を想定して消防署立会いで防災訓練を実施されています。防災に対し地域協定を結んでおられませんが、建物が3階構造の上、定員も60名と大規模の為地域と協同したマニュアル作成や訓練が期待されます。事故ヒヤリハットに関して半年ごとに全体会議で報告されていましたが、振り返り等再発防止のためにリアルタイムでの対応が望まれます。 |   |   |

| 大項目                    | 中項目 | 小項目                   | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|------------------------|-----|-----------------------|----|---|------|-------|
|                        |     |                       |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |   |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 人権等の尊重                | 31 | 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。   | A    | A     |
|                        |     | プライバシー等の保護            | 32 | 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。   | A    | A     |
|                        |     | 利用者の決定方法              | 33 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。  | A    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 開設以来、基本的に利用を断らない姿勢を貫いておられます。医療処置の高いケースや認知症のケア等、利用の希望を積極的に受け入れられています。管理者が認知症サポート医として活動されています。毎年1回は医師の指導のもと認知症研修を実施されています。  |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 34 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。  | B    | B     |
|                        |     | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。  | A    | A     |
|                        |     | 第三者への相談機会の確保          | 36 | 公的機関等の窓口に相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。  | B    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 苦情・意見等について対応手順がルール化され「ナイスデイ通信」で公表されています。今後地域に対しても公表される事を期待いたします。また、第三者等外部の相談機関に関しても検討していただき、相談窓口を確保されることを期待いたします。   |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 利用者満足度の向上の取組み         | 37 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。   | A    | A     |
|                        |     | 質の向上に対する検討体制          | 38 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。   | B    | A     |
|                        |     | 評価の実施と課題の明確化          | 39 | サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。   | B    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 利用者に対して年1回アンケートを実施して利用者の希望を収集されています。集計した結果は「ナイスデイ通信」に掲載して利用者家族に公表されています。事業所内では各職員の気付きを管理者が直接聴き取る工夫をして、職員からの意見で浴室のポイントエアコンを取り付けられました。職員全体でサービス向上の改善に取り組まれています。今後も外部の意見を取り入れる機会を毎年持たれることを期待いたします。 |      |       |